

別紙様式 1（修士申請者用）

修 士 学 位 論 文

脳血管障害者の ADL 自己評価における 心理介入効果の研究

（西暦）2015 年 1 月 7 日 提出

首都大学東京大学院

人間健康科学研究科 博士前期課程 人間健康科学専攻

作業療法科学域

学修番号：13896608

氏 名：堀 翔太

（指導教員名：大嶋 伸雄 教授）

要旨

回復期リハビリテーション病棟に入院中の7名の脳血管障害者に対し、自己への気づきを促すため、認知行動療法を応用したカウンセリングを2か月間、計16回実施した。評価として開始時と中間(1か月後)、最終(2か月後)でADL自己評価とFIM、FIM合計、うつ状態、情動障害の測定を実施した。またADL自己評価とFIMの違いを評価比と定義し、ADL自己評価と客観的評価であるFIMとの差から評価比を算出した。その結果、各ADL項目の評価比で有意な変化はみられなかったが、FIMでは有意な改善がみられ、うつ状態、情動障害においても有意な改善がみられた。各ADL項目の評価比とうつ状態、情動障害との関連性はみられなかったが、ADL自己評価を安定させるためには対象者のうつ状態や情動障害の軽減だけでなく、自己効力感の評価や自己効力感を考慮した作業療法訓練とカウンセリングが必要であることが示唆された。

キーワード：脳血管障害、ADL自己評価、カウンセリング、気づき

I. はじめに

脳血管障害は、感覚障害や運動障害、精神症状など重篤な後遺症を随伴することが多く、作業療法の主な対象疾患として関わる場合が多い¹⁾。しかし、作業療法の臨床場面では脳血管障害者がその時点での身体機能・能力に合った行動ができず、日常生活動作(Activities of Daily Living, 以下ADL)に介助や見守りが必要となる場面をしばしば経験する²⁾。その原因として運動麻痺の他に、ADLに対する脳血管障害者の自己評価と作業療法士(Occupational Therapist Resistered, 以下OTR)による評価との間に違いが生じていることが考えられる。先行研究ではADLに対して自己の能力を過大評価している脳血管障害者は、入院時で全体の70%以上、退院時でも42%以上に認められ³⁾、能力への気づきが低下している患者ほどADLの自立度や在宅ADL・IADLの自立度が低い傾向にあることが報告されている^{3)・6)}。また脳血管障害者の心理面では、うつ状態が全患者の15-72%と高頻度^{7)・8)}に生じ、ADLの自立度や改善、および高次脳機能障害にも関連するといわれている^{8)・9)}。脳血管障害者では行動の失敗により、うつ状態や困惑、不安感など情動障害が生じやすい¹⁰⁾。自己評価と他者評価の違いやうつ状態、情動障害は、脳血管障害者に固有の誤った考え方や不適応な思い込みから生じると考えられる¹¹⁾。それに対する治療法の1つとして気づきを促すためのカウンセリングや認知行動療法などがある¹¹⁾。脳血管障害者の自己への客観的気づきの低下は訓練上の様々な障害因子となるが、単なる気づきの促しだけでは心理的ダメージが予想されるため、患者の自己効力感にも配慮したケアが必要となる¹¹⁾。

近年、身体障害領域の作業療法において、認知行動療法を応用したカウンセリングが注目されており、気づきが促されることにより障害やADL能力に対する自己認識が変容する効果^{12)・13)}や、うつ状態や不安の改善が期待されている^{14)・16)}。しかし、脳血管障害者に対する気づきを促す介入とADL自己評価との関連性に言及した研究はほとんど見られていない。

II. 目的

本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳血管障害者を対象に、認

知行動療法を応用したカウンセリングを行うことにより、①脳血管障害者の ADL 自己評価がどのように変化し対象者の気づきが促通されるのか、②ADL 自己評価とうつ状態、情動障害がどのように関連するのか、について検証することである。これらを明らかにすることで、脳血管障害者の心理状態に合った気づきの獲得により、患者自身の身体機能・能力に合った ADL 動作方法や自助具の提案、介助量の設定、環境設定などが行い易くなると考えられる。

Ⅲ. 方法

1. 対象者

対象者は、回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳血管障害者であり、著明な失語や半側空間無視などの高次脳機能障害がなく、認知症の疑いがない7名とした。対象者は、研究代表者が担当していない患者である。

2. 介入方法

1) 認知行動療法を応用したカウンセリングの概要

カウンセリングの目的は、対象者の現状の課題点を整理し、対象者自身がその対策を検討することである。毎回のカウンセリングで用いるインタビューガイドとして「最近入院生活やリハビリの中で、上手くできたことや難しかったことはありますか」「生活の中で工夫していることは何かありますか」などの質問を用意した。現状の課題に関する内容が出た際には、「その時どのように感じたのか」「その時どのように思ったのか」「今後どのようにしたら良いと思うか」などソクラテス式質問法を用いて、対象者自身が感じていることを引き出し、対策方法を発見できるように心がけた。ソクラテス式質問法は、対象者が自問し自ら対策や解決方法を発見できるように問いかける、適度に制約のあるオープンな質問である。この質問法は、対象者の発言を尊重し、一方で矛盾点のある発言のときには、その矛盾点を相手に気づかせる質問をすることで修正を図る方法である¹⁷⁾。介入期間は2ヶ月間とし、介入頻度とカウンセリングの時間枠を意味するセッションの回数、時間は週2回、合計16回、1回40分程度とした。セッションによる介入は通常の作業療法とは別の時間枠に、病棟のデイルームあるいは個室など静かな場所で行った。またカウンセリング中の会話内容を記録するためノートや付箋、鉛筆を使用し、会話の音声をICレコーダーにて録音した。カウンセリングは①オリエンテーション(介入の目的・内容を図式化し提示し口頭にて説明)、②病前の生活や現状の生活の振り返り・退院後の生活のイメージ、③現状の課題の整理、④課題に対する対処方法の立案の順に実施した。

2) 測定項目

測定は開始時と中間(1か月後)、最終(2か月後)で実施した。測定は30分程度とし、実施場所は回復期リハビリテーション病棟のデイルームや個室など静かな場所とした。

(1) ADL 自己評価シート

現在最も使用頻度が多いと報告される Functional Independence Measure(以下 FIM)を参考に作成した。先行研究¹⁸⁾において、FIM の運動項目の中からニーズの高く、毎日の生活の中で頻度および難易度の高い項目と報告されている「移乗」「トイレ動作」「歩行」の3項目を選択した。また患者の能力で行っている ADL として「更衣(上)」「更衣(下)」を追加し、合計5項目を選択した。ADL 自己評価シートはA4サイズ1枚で構成され、対

対象者自身が記入する自己記入式であり、自己評価の変化が細かく反映されるよう測定尺度に 10.0cm の長さの Visual Analog Scale(以下 VAS)を用いた。

(2)FIM

FIM はセルフケア 6 項目、排泄コントロール 2 項目、移乗 3 項目、移動 2 項目、コミュニケーション 2 項目、社会的認知 3 項目の合計 18 項目からなる ADL 評価法であり、セルフケアから移動までを運動項目、コミュニケーションと社会的認知を認知項目と称す¹⁹⁾。評価尺度は自立 2 段階、部分介助 3 段階、完全介助 2 段階の計 7 段階である。介助者が必要かどうかによって自立と介助を分類し、介助者が必要な場合はその程度により 5 段階に分類される¹⁹⁾。7 段階の表示はそれぞれ得点を意味し、能力の程度は総得点で表示される。最高得点は 126 点、最低得点は 18 点となる¹⁹⁾。本研究では運動項目の中から「更衣(上)」「更衣(下)」「トイレ動作」「移乗」「歩行」の 5 項目を選択し、担当 OTR が評価した。また FIM 運動項目と認知項目の得点の合計(以下 FIM 合計)も算出した。

(3)評価比

ADL 自己評価と FIM 得点との比率的誤差を「評価比」と定義した。そこでは FIM の評価段階を均等であると仮定し、下記の計算式を用いて自己評価と FIM から各 ADL 項目の評価比を求めた。評価比の値が 1.0 に近いほど、ADL 自己評価と FIM がより一致することを意味する。

$$\boxed{\text{計算式}} \quad (\text{評価比}) = (\text{ADL 自己評価}) \times 10 / (\text{FIM}) \times 14.285$$

(4)日本脳卒中学会・脳卒中感情障害(うつ・情動障害)スケール同時評価表(以下 JSS-DE)

JSS-DE²⁰⁾は脳血管障害後に生じる情動障害やうつ状態の重症度を定量的に評価できるスケールであり、日本脳卒中学会により作成され信頼性と妥当性が検証されている。脳血管障害後の脱抑制行動、意欲の障害、病態・治療への態度、対人関係などを含むより広義の情動の障害の重症度の判定には脳卒中情動障害スケール(以下 JSS-E)を用い、より純粋な意味でのうつ状態の重症度の評価には脳卒中うつスケール(以下 JSS-D)を用いる。実際の採点では、対象者の観察内容から 11 項目を連続して評価することにより、2 つのスケールを同時に算出することができる。JSS-D と JSS-E では得点が高いほど、うつ状態や情動障害が強いことを意味する。本研究では担当の病棟職員が評価した。

3. データ分析方法

各 ADL 項目の自己評価と FIM、評価比、JSS-D、JSS-E について経時的変化をみるため、一元配置分散分析と多重比較法を用いた。統計解析には IBM SPSS Statistics 22.0 を用いた。

4. 倫理的配慮

対象者には口頭ならびに文書で研究の目的、方法、考えられるリスクと利益について十分な説明を行い、書面にて同意を得た。本研究は平成 25 年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会、および東京ほくと医療生活協同組合王子生協病院の倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号：各 14003、第 65 号)。

IV. 結果

1. 対象者の基本情報

対象者の基本情報を表 1 に示す。分析対象者は、開始時評価から最終評価までのデータ

が得られた 7 名(男性 5 名, 女性 2 名, 年齢 72.6 ± 16.3 歳, 発症後期間 59.43 ± 28.43 日)であった。また認知機能評価である HDS-R は 25.43 ± 1.99 点であった。

2. 対象者の心理的变化

カウンセリングによる対象者の心理的变化を表 2 に示す。全体的に排泄や移動についての問題点が挙がる傾向があり, それに対し現状の説明や問題点の整理を行い, 対処方法まで検討できた。一部の対象者では現状に向き合えず, 終始反応が変わらない場合もあった。

表 1 対象者の基本情報(N=7)

対象者	性別	年齢	疾患名	発症部位	発症後期間(日)	Br.Stage			HDS-R	病前の役割	教育歴	
						上肢	手指	下肢				
A	男	76	脳梗塞 右麻痺	小脳	116	開始	V	V	V	26	1級建築士 体操や散歩、 カラオケ、旅	大学卒
						最終	V	V	V			
B	男	40	脳出血 左麻痺	右被殻	63	開始	II	II	II	26	電気工事の 仕事(正社員)	高校卒
						最終	II	II	III			
C	男	79	脳出血 左麻痺	小脳	56	開始	VI	V	VI	24	広告代理店 (自営) 社交 ダンスや囲碁	大学卒
						最終	VI	VI	VI			
D	男	76	脳梗塞 右麻痺	両側頭頂葉 ～後頭葉	58	開始	VI	VI	VI	25	独居 営業マ ン(建築材)	専門 学校卒
						最終	VI	VI	VI			
E	女	89	脳梗塞 右麻痺	両側前頭葉皮 質、左中心前 回、左小脳半球	22	開始	III	II	V	22	弁当屋 印刷工場	大学卒
						最終	III	II	V			
F	男	64	脳梗塞 右麻痺	アテローム 血栓性	56	開始	VI	VI	III	28	警備員 (夜勤週3回)	大学卒
						最終	VI	VI	IV			
G	女	84	脳梗塞 左麻痺	右基底核 (ラクナ)	45	開始	VI	VI	VI	27	占い師	中学卒
						最終	VI	VI	VI			
年齢: 72.6±16.3歳			発症後期間(日): 59.43±28.43日						HDS-R: 25.43±1.99点			

表 2 対象者の心理的变化(N=7)

対象者	A	排泄の下衣上げ下げや移乗時にふらつきがあり, 焦って動作を急いでしまうと訴えも聴かれた。そこで OTR が失調症状を説明すると, 本人は納得した。本人に対処方法の考案を促すと, 手すり使用し移乗すること, 手すり使用し片手交互に下衣上げ下げを行うこと, 足元に滑り止めマットを敷くことを本人が考案した。焦りは徐々に軽減していき, 下衣上げ下げや移乗は自立となった。
	B	介入当初から表情が暗く, 会話や質問に対する反応は乏しかった。OTR との介入数を重ねると徐々に会話での言葉数は増え, 特に趣味の話では比較的交流が弾み笑顔がみられるようになった。しかし現状に対して本人の発言は少なく, 在宅に向けた更衣や排泄訓練では「家でできるからここでやらなくていい」と拒否があった。
	C	排泄動作方法の質問に言葉が詰まる様子あり。OTR は日常会話を交えながら介入数を重ねると, 徐々に質問に対し自問自らの言葉で表現するようになった。ある日, 本人自ら目標を立案するようになった。OTR がその目標に沿って現状の振り返りを促すと, 排泄動作中にふらつくことや車いすのブレーキをかけ忘れることなど問題点への気づきがみられた。そこから対処方法を検討し, 移乗は自立となった。
	D	歩行器歩行は見守りだが 1 人で病棟内を歩行し職員から注意されていた。それに対し当初体力をつけたいから歩かないといけなという考えがあった。OTR は本人の考えに共感しつつ他者からの視点を自問するように促していくと, 「周りからは危ないに見えるのかな」と自省する場面がみられるようになった。OTR が出した案の中から, 本人が歩行についての目標を選択し, 対処方法として安全な範囲での自主訓練や休憩方法を検討した。
	E	オムツを使う理由が分からず屈辱を感じ我慢していた。OTR は脳卒中の後遺症や排泄方法の設定を説明し, 本人に現状の振り返りを促し, 日中ナースコールを押して介助にてトイレで排泄するという設定を, 本人と共に決定して以降, 失禁回数は徐々に軽減していった。本人から正の感情表出があり, 在宅ではお洒落してコンサートへ行きたいと要望あったため, 本人に自問を促しながら目標を設定し, 対処方法を検討した。
	F	歩行中どこを踏いたか分からない場面や ADL の中で身体をどう動かしたら分からない場面があるとのこと。また適切な言葉が言えないとのこと。OTR は発症部位別に脳卒中後遺症を, 日常場面にみられる症状や違和感と照らしつつ説明した。ADL の中で踏く状況や身体との違和感, 下肢の力入りにくさ, バランス能力低下を詳細に言葉で表現でき, 「今までとは違う身体だから常に注意する必要がある」との発言が聴かれるようになった。
	G	介入当初から身体との違和感や内的経験を自らの言葉で表現できたため, 訴えを聴取。OTR は可能な範囲で脳卒中後遺症と日常の経験を照合し説明すると, 本人は「そういうことか」と納得。今までの身体とは違い全身重だるい感じだから, 何かやるときは頭で「よしやるぞ」と言い聞かせるようにしていると発言が聴かれるようになった。本人と共に在宅生活と現状とを照合すると, 本人は急勾配の階段昇降が怖い課題であるとの気づきがあった。OTR からいくつか案を出して階段昇降の方法を検討した。

表 3 各 ADL の自己評価と FIM, 評価比, FIM 合計の結果

	更衣(上)			更衣(下)			トイレ動作			移乗			移動			FIM合計		
	開始時	中間	最終	開始時	中間	最終	開始時	中間	最終	開始時	中間	最終	開始時	中間	最終	開始時	中間	最終
自己評価	9.7	9.5	10	9.4	9.6	10	8.9	9.6	8.3	9	9.5	8.5	8.6	9.7	10			
A FIM	5	6	6	5	6	6	5	5	6	5	6	6	5	5	6	82	95	97
評価比	1.36	1.11	1.17	1.32	1.12	1.17	1.25	1.34	0.97	1.26	1.11	0.99	1.20	1.36	1.17			
自己評価	0	5.5	5	0	6.1	5	0	5.5	4	0.7	2.8	4.4	0	2.1	3.7			
B FIM	1	1	1	1	1	1	3	5	5	1	4	4	1	6	6	67	82	83
評価比	0.00	3.85	3.50	0.00	4.27	3.50	0.00	0.77	0.56	0.49	0.49	0.77	0.00	0.25	0.43			
自己評価	9.6	10	10	7.3	10	10	7.3	10	10	7.1	10	10	6.8	10	10			
C FIM	5	7	7	5	6	6	6	6	6	5	6	6	2	5	6	80	91	95
評価比	1.34	1.00	1.00	1.02	1.17	1.17	0.85	1.17	1.17	0.99	1.17	1.17	2.38	1.40	1.17			
自己評価	9	10	8.7	9.2	10	10	8.9	7.9	10	9	8.6	10	8.8	7.8	8.9			
D FIM	6	6	7	6	6	7	5	6	6	5	6	6	5	6	6	79	82	89
評価比	1.05	1.17	0.87	1.07	1.17	1.00	1.25	0.92	1.17	1.26	1.00	1.17	1.23	0.91	1.04			
自己評価	0	6.6	2	0	1.9	2	0	2.2	3.1	1	3	3	0	1.1	1.8			
E FIM	1	2	2	1	1	1	1	3	3	2	3	3	1	1	1	43	44	47
評価比	0.00	2.31	0.70	0.00	1.33	1.40	0.00	0.51	0.72	0.35	0.70	0.70	0.00	0.77	1.26			
自己評価	10	10	10	9.6	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
F FIM	7	7	7	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	96	101	110
評価比	1.00	1.00	1.00	1.12	1.17	1.17	1.40	1.17	1.17	1.17	1.17	1.17	1.17	1.17	1.17			
自己評価	9.8	8.6	10	8.5	8.6	10	9.6	10	10	9.6	10	10	9.7	8.7	10			
G FIM	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	6	107	112	112
評価比	0.98	0.86	1.00	0.85	0.86	1.00	0.96	1.00	1.00	0.96	1.00	1.00	1.36	1.02	1.17			
自己評価	6.87±4.70	8.60±1.84	7.96±3.20	6.29±4.36	8.03±3.05	8.14±3.29	6.39±4.44	7.89±3.01	7.91±3.06	6.63±4.05	7.70±3.32	7.99±3.01	6.27±4.40	7.06±3.82	7.77±3.50	79.14	86.71	90.43
																±20.5	±21.6	±21.8
平均	4.57±2.57	5.14±2.54	5.29±2.63	4.43±2.44	4.71±2.56	4.86±2.67	4.57±1.99	5.43±1.27	5.57±1.27	4.43±2.15	5.43±1.40	5.43±1.40	3.57±2.15	5.00±1.83	5.29±1.89			
±SD																		
評価比	0.82±0.58	1.61±1.10	1.32±0.97	0.77±0.54	1.58±1.19	1.49±0.90	0.82±0.59	0.98±0.28	0.97±0.24	0.93±0.37	0.95±0.26	0.99±0.19	1.05±0.83	0.98±0.40	1.06±0.28			

※評価比: ADL自己評価とFIMの比率の誤差
(評価比) = (ADL自己評価) × 10 / (FIM) × 14.285

*p<0.05 **p<0.01

表 4 JSS-D と JSS-E の結果

	JSS-D			JSS-E		
	開始時	中間	最終	開始時	中間	最終
A	0.73	0.73	0.73	-0.55	-0.55	-0.55
B	7.35	3.35	2.88	5.34	3.64	2.04
C	2.19	1	1	2.53	0.18	-0.2
D	6.6	3.1	2.46	6.67	3.66	2.18
E	4.03	4.42	2.46	3.22	2.73	0.44
F	0.73	0.73	0.73	-0.55	-0.55	-0.55
G	5.53	2.67	1.92	6.74	0.44	0.19
平均 ±SD	3.88±2.73	2.29±1.47	1.74±0.91	3.34±3.10	1.36±1.91	0.51±1.15
	*			**		

*p<0.05 **p<0.01

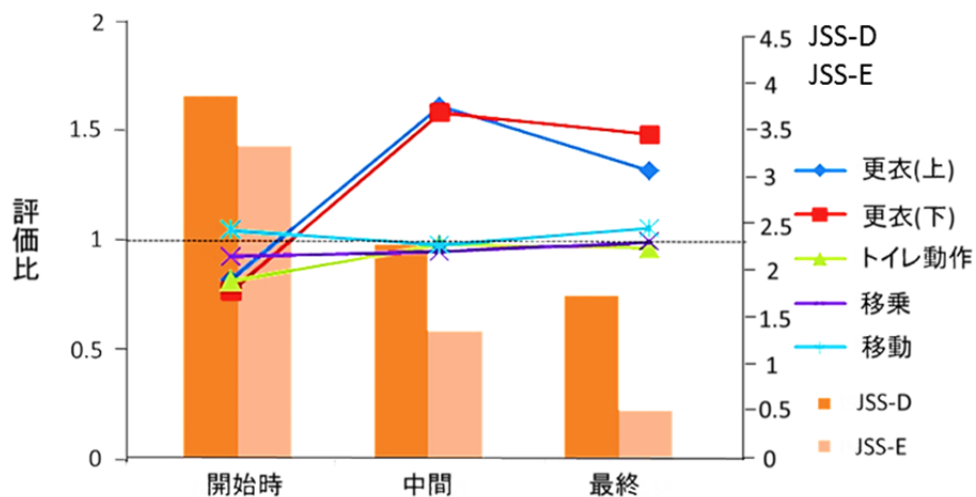


図 1 各 ADL 項目の評価比と JSS-D, JSS-E との関連

3. 全介入期間を通じての各評価指標の結果

各 ADL 項目の自己評価と FIM, 評価比, JSS-D, JSS-E の結果を表 3, 表 4 に示す. 自己評価において更衣(下)では開始時と中間($p<0.05$), 開始時と最終($p<0.05$)で, 移動では開始時と最終($p<0.05$)で有意な差がみられた. FIM において更衣(上)では開始時と最終($p<0.05$)で, トイレ動作では開始時と中間($p<0.05$), 開始時と最終($p<0.05$)で, 移乗では開始時と中間($p<0.05$), 開始時と最終($p<0.05$)で, 移動では開始時と最終($p<0.05$)で有意な差がみられた. ADL 項目における評価比については, 各評価時点では有意な差はみられなかった. JSS-D では開始時と最終で有意な差がみられた($p<0.05$). JSS-E では開始時と中間($p<0.05$), 開始時と最終($p<0.01$)で有意な差がみられた. FIM 合計では開始時と中間($p<0.01$), 開始時と最終($p<0.01$)で有意な差がみられた.

4. 各 ADL 項目の評価比と JSS-D および JSS-E との関連

各 ADL 項目の評価比と JSS-D および JSS-E との関係を図 1 に示す。JSS-D と JSS-E は経時的に減少していった。しかし更衣では ADL 評価比は過小評価から過大評価へ、同時にトイレと移乗、移動では 1.0 に近い値を示していた。各 ADL 評価比と JSS-D, JSS-E との有意な関連性はみられなかった。

5. うつ状態について先行研究との比較

脳血管障害者におけるうつ状態の経時的変化に関する先行研究と本研究とを比較した結果を表 5 に示す。本研究では、対象者のうつ状態で有意な改善効果がみられているが、2 つの先行研究において対象者の有意な改善はみられていない。このことから、通常、脳血管障害者のうつ状態は簡単には改善しないことが推察される⁹⁾²¹⁾。なお、本研究と先行研究とでは異なる評価尺度を用いている。

6. FIM 合計について先行研究との比較

脳血管障害者における FIM の経時的変化に関する先行研究と本研究とを比較した結果を表 6 に示す。FIM の変化において両者間に有意差はみられなかった。また、入院から退院までの改善率においても両者間で有意差はみられなかった。

表 5 脳血管障害者におけるうつ状態の経時的変化 - 先行研究と本研究との比較 -

	評価尺度	人数	開始時	最終	p値(開始時-最終)
本研究	JSS-D	7	3.88±2.74	1.74±0.91	0.01*
先行研究 ⁹⁾	SDS	69	入院時 43.7±8.5	退院時 44.1±9.0	p値(入院時-退院時) 0.65
先行研究 ²¹⁾	GDS	5	入院時 7.0±3.67	退院時 6.2±5.17	p値(入院時-退院時) 0.577

*p<0.05

先行研究⁹⁾: QOL と ADL, IADL の関係 脳血管障害者の追跡調査から. OT ジャーナル, 37(6): 469-476, 2003.

先行研究²¹⁾: 脳血管疾患患者の GDS を用いたうつ状態の変化とその背景. 日本看護学会 論文集(成人看護Ⅱ), 38: 160-162, 2007.

表 6 脳血管障害者における FIM の経時的変化 - 先行研究と本研究との比較 -

	人数	開始時	中間	最終	改善率(%)
本研究	7	79.14±20.51	86.71±21.6	90.43±21.82	14.27
先行研究 ²²⁾	入院1か月目 295	76.8±25.0	入院2か月目 86.1±24.3	入院3か月目 89.1±23.1	16.02
	t値	0.297	0.0736	0.1592	
	p値	0.776	0.944	0.879	

先行研究²²⁾: 回復期脳血管障害患者のリハビリテーション病院入院後の FIM 得点の変化. 神奈川リハ紀要, 27: 9-13, 2001.

改善率(%)=(最終の平均値-開始時の平均値)×100/(開始時の平均値)

= (入院3か月目の平均値-入院1か月目の平均値)×100/(入院1か月目の平均値)

V. 考察

今回、回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳血管障害者に対し、認知行動療法を応用したカウンセリングを行った。その結果、各 ADL 項目の評価比に有意差はなく、その変化も一定しなかった。FIM 合計やうつ状態、情動障害では各評価時点別に有意差がみられた。各 ADL 項目の評価比とうつ状態、情動障害の関連性はみられなかった。

1. ADL 自己評価と FIM および評価比の変化について

介入期間の前後において、対象となった ADL 項目の評価比で対象者全体での有意差はみられなかったが、FIM 全体で有意な改善結果が得られた。また、FIM の改善傾向が高い対象者においては、ADL の評価比がほぼ 1.0 に近づいていた。これらの対象者の評価比の平均値を見ると、「トイレ動作」「移乗」「移動」では開始時から評価比がほぼ 1.0 に近い状態であり、「更衣(上)」「更衣(下)」では開始時の評価比は 1.0 を下回りやや過小評価の傾向であったが、中間と最終の評価比は 1.5 前後と過大評価の傾向となった。この理由として運動麻痺の重症度、ADL の難易度と頻度とニーズ、介助量の大小による自己評価への影響、およびカウンセリングの効果などが考えられる。運動麻痺が重度な対象者において、更衣での評価比は過小評価から過大評価へ、同時にトイレ動作や移乗、移動では過小評価の状態が続き、運動麻痺が軽度な対象者とのギャップが大きかった。運動機能が良好な者ほど、カウンセリングにより ADL 評価比の変動が軽減されたと考えられる。ADL の難易度と頻度について先行研究では、「トイレ動作」「移乗」「移動」は中等度から高度の難易度の ADL 項目であり、それに対し「更衣(上)」「更衣(下)」は低難易度の ADL であるといわれている²³⁾。他の報告によると、「トイレ動作」「移乗」「移動」は毎日の生活の中で頻度が高く、且つ難易度の高い ADL 項目であるといわれている²⁴⁾。本研究の対象者の中には、更衣において評価比が過小評価から過大評価と変動しているが、トイレ動作や移乗、移動では過小評価の状態が続いていた者がいた。その対象者は発症から 1-2 か月経過しており、運動麻痺が重度傾向であった。脳血管障害者は発症から平均 49.4 日で危険行動をし、その結果を肯定的に受け止める傾向があると報告されている²⁵⁾。また脳血管障害者は自分の現状や障害を実感し、機能や能力の変化に一喜一憂するような、アンビバレンスな心理状態であるともいわれている。その状態では回復に対する本人の認識と他者の認識が異なることが報告されている²⁶⁾²⁷⁾。本研究の対象者は、ADL に対する自己評価が変動しやすく、肯定的な心理状態であったことが考えられる。特に対象者 B では、現状の客観的な振り返りにおいて終始反応が乏しかった。認知行動療法ではアセスメントシートを用いたカウンセリングなどの認知的技法と、スケジュール表の作成などの行動的技法を駆使することにより、自分の現状に対する気づきを促す¹¹⁾。本研究ではアセスメントシートを使用して、問題点への対処方法を思考する段階まで行ったが、対処方法の実行までは至っていない。そのため各 ADL によって評価比の傾向が一定せず、一部の対象者では反応の変化が乏しかったと考えられる。

このことから運動麻痺の重症度と ADL の自立度によって実際に体験することの差がみられた。その結果、自分自身の現状能力を把握することが難しく、難易度や頻度、ニーズが低い ADL ほど自己評価の変動が大きくなる可能性が示唆された。そこに ADL の自己評価の変動を軽減するためのカウンセリングならびに行動的技法を導入する意義があると考

えられる。

2. うつ状態および情動の変化について

JSS-D と JSS-E では介入期間前後の比較で有意な改善効果がみられた。脳血管障害者のうつ状態を経時的に調査した 2 つの先行研究⁹⁾²¹⁾では異なる評価尺度を用いていたが、リハビリテーション期間前後での評価比較で、対象者のうつ状態に有意差はみられなかった。この事実より、一般に脳血管障害者のうつ状態は一過性ではなく、入院からリハビリテーション期間を経てなお継続することが多いといえる。

一方、他の研究では、脳血管障害者に認知行動療法を行った結果、うつ状態や不安が軽減された¹⁴⁾¹⁶⁾。また、脳血管障害後のうつ状態をもつ対象者に認知行動療法を行った他の研究¹⁵⁾では、対象者によりうつ状態が改善する者と変化しない者がいたが、うつ状態が増悪した者はいなかったと報告されている。

本研究の対象者でも、うつ状態が変化した者と変化しなかった者がおり、先行研究の結果と一致した。JSS-D、JSS-E は関連する²⁸⁾といわれているため、本研究では JSS-D と関連する JSS-E にも介入による経時的变化がみられたと推察される。このことから脳血管障害者のうつ状態や情動障害に対しては、作業療法訓練とカウンセリングの組み合わせにより有意に改善される可能性が示唆された。

3. 総合考察

本研究の対象者において、介入期間前後の FIM 得点で有意差がみられた。脳血管障害者の FIM を経時的に調査した先行研究との結果と比較すると、FIM の変化において、本研究との有意差はみられなかった。これは、対象となる脳血管障害者の人数が異なることと、対象者の中に著しい身体機能の障害を持つ者が含まれていたことによるものと推察された。作業療法訓練とカウンセリングの組み合わせの効果は、ADL の評価比の変化が起こる対象者と起こらない対象者とに分けられる。

評価比と JSS-D および JSS-E の直接の関連性はみられなかったが、自己評価が極端に過大評価の患者であっても、現状の動作レベルを病前と比較して低く見積もるという矛盾した状態の場合があり、その背景には自己効力感が影響しているといわれている²⁹⁾。自己効力感とは Bandura(1997)が提唱した社会的学習理論から発展した、人間の行動を決定するための要因で、いわゆる意欲に通じる動機づけのための基本的な概念である³⁰⁾。人間の行動を決定する要因には「先行要因」「結果要因」「認知的要因」があり、これらの要因が密接に絡み合って、「人」「行動」「結果」の 3 者間の相互作用が形成される³⁰⁾といわれている。行動の先行要因には“期待と予期”という機能があり、ある行動が何らかの結果を生み出すという予期を結果予期といい、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくできるかという予期を効力予期という³⁰⁾。自己効力感とは、ある行動を起こす前に個人が感じる“遂行が可能”という意識である³⁰⁾。カウンセリングにより気づきを促すことで対象者の自己効力感は低下し、うつ状態や情動障害を招く可能性がある¹⁰⁾³¹⁾。そのため認知行動療法の認知的技法や行動的技法を用いて、気づきを促すことと同時に自己効力感を維持あるいは高め、気づきと自己効力感とのバランスを制御する必要がある²⁹⁾³¹⁾。本研究では、自己効力感より認知的技法のカウンセリングに重点を置いていたため、対象者全体のうつ状態と情動障害は改善できたが、身体機能の低下が著しい対象者の自己効力感は上げられず、評価比の変化まで影響を及ぼすことができなかった可能性が推察された。

このことから ADL 自己評価を安定させるためにはうつ状態や情動障害の軽減だけでなく、自己効力感の評価や自己効力感を考慮した作業療法訓練とカウンセリングによる介入方法の選択が望ましいと考えられた。

VI. まとめ

回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳血管障害者に対し、作業療法訓練とカウンセリングを実施した。その結果、介入期間前後で対象者全体の ADL とうつ状態や情動は大幅に改善した。一方で、対象者の ADL 自己評価では、身体機能が高く ADL 改善傾向の高い者ほど、ADL 自己評価と他者評価の比率である評価比の変動が少なく、評価比は 1.0 に近づく傾向であった。また、身体機能が低い者ほど ADL 自己評価は高い状態を推移し、評価比も安定しなかった。ADL の評価比とうつ状態、情動障害との有意な関連性はみられなかったが、ADL 自己評価を安定させるためには対象者のうつ状態や情動障害の軽減だけでなく、自己効力感の評価や自己効力感を考慮した作業療法訓練とカウンセリングが必要であることが示唆された。

VII. 謝辞

本研究にご協力頂きました対象者の皆様、ならびにデータ収集に協力して頂いた作業療法士の皆様、そしてご指導いただきました大嶋伸雄教授を始め首都大学東京大学院の諸先生方に深く感謝申し上げます。

VII. 文献

- 1) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2010. (オンライン), 入手先
(<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/whitepaper2010.pdf>), (参照 2015 年 1 月 6 日).
- 2) Adina HM, Nachum S, Haim R et al : AWARENESS OF DEFICITS IN STROKE REHABILITATION. J Rehabil Med, 34 : 158-164, 2002.
- 3) Adina HM, Nachum S, Samuel DO et al : Awareness of disabilities in stroke rehabilitation-a clinical trial. Disability and Rehabilitation, 25(1) : 35-44, 2003.
- 4) 天草万里, 有村章, 金澤彰 : 脳血管障害患者の認知機能と ADL 獲得-左右半球特性-. 運動障害, 8(2) : 93-99, 1998.
- 5) 天草万里, 小賀野操, 武田康義 他 : 脳血管障害患者の自己意識性. 運動障害, 11(2) : 77-84, 2001.
- 6) 片岡美枝子, 佐藤幸子, 片桐智子 他 : 老人施設入所者の ADL 認識のズレについて. 山形保健医療研究, 2 : 115-120, 1999.
- 7) Robinson RG : Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. Biological Psychiatry, 54(3) : 376-387, 2003.
- 8) 長田麻衣子, 村岡香織, 里宇明元 : 脳卒中後うつ病(Poststroke depression)-その診断と治療-. Jpn J Rehabil Med, 44 : 177-188, 2007.
- 9) 澤俊二 : QOL と ADL, IADL の関係 脳血管障害者の追跡調査から. OT ジャーナル, 37(6) : 469-476, 2003.

- 10) 坂爪一幸：心理療法・行動療法．鹿島晴雄編著，大東祥孝編著，種村純編著，よくわかる失語症セラピーと認知リハビリテーション，第1版：124-135，永井書店，大阪，2008.
- 11) 大嶋伸雄，下岡隆之：作業療法のための認知行動療法の応用基礎．大嶋伸雄編著，患者力を引き出す作業療法 認知行動療法の応用による身体領域作業療法，第1版：76-125，三輪書店，東京，2013.
- 12) 小原朋晃，大嶋伸雄，坂巻乙菜：CVAによる高次脳機能障害患者に認知行動療法的介入をし，障害認識の変化によるADL改善が認められた症例．日本作業療法学会論文集，46：303-303，2012.
- 13) 大野彰啓，大嶋伸雄，坂巻乙菜：認知行動療法の応用によりADLに対する問題点を自己認識した脳卒中患者の症例．日本作業療法学会論文集，46：317-317，2012.
- 14) Lincoln NB, Flanagan T, Sutcliffe L et al : Evaluation of cognitive behavioural treatment for depression after stroke A pilot study. Clinical Rehabilitation, 11(2) : 114-122, 1997.
- 15) Rasquin SM, Sande PV, Praamstra AJ, et al : Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: Five single case studies on effects and feasibility. NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION, 19(2) : 208-222, 2009.
- 16) Kneebone II, Jeffries FW : Treating anxiety after stroke using cognitive behavior therapy: Two cases. Neuropsychological Rehabilitation, 23(6) : 798-810, 2013.
- 17) 伊藤絵美：認知行動療法の基本スキル．伊藤絵美編著，認知療法・認知行動療法カウンセリング CBT カウンセリング 初級ワークショップ，初版：46-50，星和書店，東京，2012.
- 18) 後藤進一郎，糸野咲子，宗像沙千子 他：急性期脳血管障害者におけるニーズとADLの比較．作業療法，27：363-370，2008.
- 19) 園田茂，里宇明元，道免和久：機能的自立度評価法(FIM)．千野直一編著，脳卒中患者の機能評価-SIASとFIMの実際，初版：43-96，シュプリンガー・フェアラーク東京，東京，1997.
- 20) 後藤文男：日本脳卒中学会・脳卒中感情障害(うつ・情動障害)スケール．脳卒中，25(2)：206-214，2003.
- 21) 桐田和枝，河上瑞江，上野美由紀：脳血管疾患患者のGDSを用いたうつ状態の変化とその背景．日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ)，38：160-162，2007.
- 22) 秋庭保夫，石田暉：回復期脳血管障害患者のリハビリテーション病院入院後のFIM得点の変化．神奈川リハ紀要，27：9-13，2001.
- 23) 永井将太，奥山夕子，園田茂 他：回復期脳卒中片麻痺患者における入院時重症度別のFIM運動細項目の経過解析．理学療法科学，25(1)：1-6，2010.
- 24) 辻哲也，園田茂，千野直一：入院・退院時における脳血管障害患者のADL構造の分析-機能的自立度評価法(FIM)を用いて-．リハビリテーション医学，33(5)：301-309，1996.
- 25) 河内育代，坂之上ひとみ，塚越フミエ：運動障害の回復過程における転倒と障害たしかめ体験の関連．日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ)，29：193-195，1998.

- 26) 細田満和子：病いの現れ-＜生きる＞ための試行錯誤(1). 細田満和子編著, 脳卒中を生きる意味【病いと障害の社会学】, 第1版：213-219, 青海社, 東京, 2006.
- 27) 百田武司:脳卒中患者の回復過程における危険行動. BRAIN NURSING, 23(4):95-103, 2007.
- 28) 小野紘子, 横田雅実, 篠崎香梨 他：脳血管障害急性期入院患者の抑うつ傾向とアパシーの関連について. 心身医学, 48(12)：1064-1064, 2008.
- 29) 大嶋伸雄, 中本久之, 高山大輔 他：脳損傷例に対する認知行動療法. PT ジャーナル, 48(12)：1099-1109, 2014.
- 30) Bandura A：Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2)：191-215, 1977.
- 31) 岡村陽子:セルフアウェアネスと心理的ストレス. 高次脳機能研究, 32(3):86-93, 2012.

The study about the effect of the psychological intervention
for self-evaluation of ADL in stroke patients

Abstract

In order to facilitate patients' self-awareness, applied Cognitive Behavioral Therapy, counseling has been conducted sixteen times in two months for stroke patients admitted in the recovery phase rehabilitation ward. The self-evaluation of ADL, FIM, total FIM, depressive state and emotional disturbance were evaluated at the start, in the middle (after one month), and at the end (after two months) of this study. Given the definition of discrepancy between self-evaluation of ADL and FIM as evaluation ratio, it was calculated from the remainder between self-evaluation of ADL and FIM as an objective evaluation. As a result, there were no significant differences in evaluation ratio of each ADL item, but there were significant improvements in total FIM, depressive state, and emotional disturbance. There was no direct relationship between evaluation ratio of each ADL item and depressive state and between the ratio and emotional disturbance. Therefore, the following factors seem to be important to make self-evaluation of ADL stable; occupational therapy and counseling with self-efficacy of stroke patients taken into consideration and also evaluation of self-efficacy as well as improvements in depressive state and emotional disturbance.

Key words: stroke, self-evaluation of ADL, counseling, awareness